FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

Pierre-Alcide FAVREAU

Externe des Hôpitaux
(Croix de Guerre)
né le 6 Février 1886, à Marie-Galante (Guadeloupe)

Contribution à l'Etude de l'Epithélioma primitif de la trompe de Fallope

---

Président : **M. J.-L. FAURE**, *Professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECÈNE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales — Saint-Antoine	CHAUFFARD.
Cliniques médicales — Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales — Beaujon	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale — Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale — Saint-Antoine	LEJARS.
Clinique chirurgicale — Cochin	DELBET.
Clinique obstétricale — Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale — Tarnier	BAR.
Clinique obstétricale — Baudelocque	COUVELAIRE.
Clinique obstétricale — Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
— des maladies infectieuses	TEISSIER.
— des maladies nerveuses	P. MARIE.
— des maladies mentales	CLAUDE.
— infantile médicale	NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCA
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	FAURE.
— ophtalmologique	DE LAPERSONNE
— oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé
Stomatologie	FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDOIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

Professeur agrégé MACAIGNE ;

Professeur agrégé WALTHER, chirurgien honoraire de l'Hôpital de la Pitié, Membre de l'Académie de Médecine ;

Docteur POTHERAT ;

Professeur agrégé LŒPER ;

Professeur HUTINEL, Membre de l'Académie de Médecine ;

Docteur RUDAUX ;

Docteur GRENET ;

Professeur agrégé Noël FIESSINGER ;

A M. le Professeur Jean-Louis FAURE

(Qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse faite dans son service).

Hommage respectueux et reconnaissant

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Références Bibliographiques

Les cancers primitifs de la trompe de Fallope, ne sont pas d'observation courante. Au cours de nos recherches nous sommes étonnés du peu de faits publiés jusqu'à ce jour aussi bien en France qu'à l'étranger. « En 1881 Courty pensait que le cancer des trompes était une affection extrêmement rare et se développait de préférence par l'extension du cancer utérin. On le rencontrait rarement comme propagation du cancer des ovaires. Dans ce cas, on était frappé par l'aspect d'une trompe de Fallope saine, contrastant par son faible volume et son intégrité avec l'énorme tuméfaction et la profonde dégénérescence de l'organe germinateur. »

En 1890, le professeur Carles Schrœder, de Berlin, affirmait que le carcinome des trompes, n'est jamais primitif et qu'il n'est que très rarement le résultat d'une métastase. Si l'on parcourt les traités de gynécologie, si l'on consulte les monographies spéciales, relatives aux tumeurs des trompes ; on constate que ces tumeurs primitives de l'oviducte, sont peu fréquentes. Peut-être comme le faisait remarquer M. le Professeur Lecène, l'examen de toutes les vieilles lésions salpingiennes, fera-t-il découvrir des néoplasmes, là, où on aurait admis l'existence de vieilles lésions inflammatoires. Jusqu'ici néanmoins, surtout si on en compare la fré-

quence avec celle des tumeurs de l'utérus et des ovaires, les tumeurs de la trompe sont des raretés.

D'autre part, leur diagnostic n'est pas toujours facile, c'est avec une salpingo-ovarite et principalement avec un pyosalpinx que l'on confond le cancer de la trompe. Il a été également pris pour un cancer du corps de l'utérus.

Rareté de l'affection, difficulté du diagnostic, voilà ce que nous enseignent toutes les observations parues jusqu'à ce jour. Cependant, et pour rendre hommage à la vérité, nous devons signaler que sur les 80 observations réunies par Kehrer, le cancer de la trompe a été soupçonné deux fois et affirmé une seule fois.

Dans la littérature médicale, voici quelles sont les observations publiées jusqu'à ce jour.

En 1901, Quénu et Longuet en ont résumé 38 observations, Kehrer en 1908 en a rassemblé 80 cas, Forgue et Massabuau en signalent quatre nouvelles observations : celles de Gosset, de Lecène, de Caraven et Lerat, de Benthin. Vignard et Olivier et Martin ont publié deux cas nouveaux en 1921 dans le « Lyon Médical ». Une statistique publiée en 1910 par Alban Doran porte à 100 les cas connus, auxquels viennent s'ajouter ceux de Legg, de Walter Tate, d'Herbert Spencer, de Glendining, de Siegfried Boxer, de Montgomery, de Sencert.

A ces cas, s'ajoutent 10 autres que nous avons pu retrouver. Ce sont ceux de Barris, de Phillips, de Robinson, de Thaler, de Hillebrand, de Bretschneider, de Amreich, de Stanca, de Leuret et Leroux, de Guillemin et Morlot. Ce qui porterait à 117 le nombre de

cas publiés. Celui qui nous a été donné d'observer est donc le 118me.

M. le Professeur J.-L. Faure eut l'occasion d'opérer en 1922, dans son service de clinique gynécologique à l'hôpital Broca, une femme chez laquelle le diagnostic de cancer du corps utérin avait été porté. Il s'agissait d'un cancer primitif de la trompe droite. Les résultats extrêmement intéressants de l'intervention et de l'examen des pièces opératoires nous ont suggéré, l'idée de consacrer notre thèse à l'étude de ce cas.

M. le Professeur J.-L. Faure, a eu l'extrême amabilité de nous confier cette unique observation, aussi je m'en voudrais de terminer cet avant-propos, sans lui adresser ici, l'expression de ma vive gratitude.

OBSERVATION

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'aimable obligeance du Professeur J.-L. Faure

Madame F. 53 ans entre à l'hôpital Broca dans le service de M. le Professeur J. L. Faure le 8 février 1922, pour pertes séro-sanguinolentes accompagnées de douleurs abdominales. Cette femme antérieurement bien réglée a eu 3 accouchements normaux il y a une vingtaine d'années. Pas de fausses couches ni de maladies qui s'observent. Ménopause à 49 ans. Depuis 5 à 6 mois, elle a vu survenir un écoulement intermittent rappelant les règles, mais plus irrégulières. Ces pertes d'abord rosées devinrent dans la suite roussâtres et de mauvaise odeur. Elle souffre de plus d'une douleur sourde dans le bas ventre et cette douleur très irrégulière présente des accerbations qui durent 2 à 3 jours. Elle accuse également quelques douleurs permanentes de la région lombaire. L'état général est assez satisfaisant, la malade cependant maigrit très sensiblement.

A son entrée à l'hôpital, l'examen montre un col normal sans aucune ulcération suspecte. Il est mou et l'orifice largement ouvert le corps utérin est légèrement augmenté de volume sans bosselure et de consistance apparemment normale. Les deux culs de sac latéraux du vagin paraissent légèrement empâtés sans que l'on puisse percevoir de tuméfaction notable. Cependant, à droite l'empatement remonte assez haut vers la fosse iliaque où il existe un maximum très net de douleur provoquée. C'est d'ailleurs aussi la région des crises douloureuses accusées par la malade.

Pas de fièvre.

On porte le diagnostic de cancer du corps utérin en raison des pertes sanguinolentes et de l'augmentation de volume de l'utérus. On porte aussi le diagnostic d'appendicite concomitante en raison de l'empatement douloureux qui remonte jusqu'à la fosse iliaque droite.

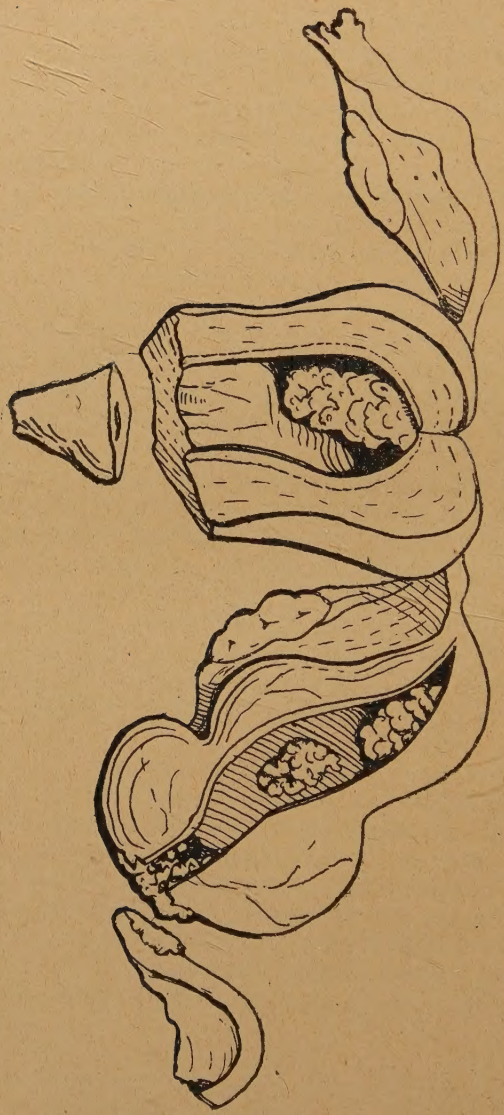
Opération, le 14 Février 1922 par le Professeur J. L. Faure Anesthésie au schleich. Laparotomie médiane sous ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on constate que le corps de l'utérus est gros, régulier dans sa forme et flanqué d'une grosse salpingite gauche. La trompe droite rétro-utérine n'est pas visible d'emblée, en raison des nombreuses adhérences intestinales. On ne constate pas de phénomènes d'inflammation récente.

En effet l'intestin de couleur grisâtre adhère en plusieurs points à la trompe d'une part et d'autre part à la région sous isthmique de l'utérus. Cette zone est bosselée, blanchâtre, et fait penser de suite à du tissu néoplasique. Ses adhérences sont constituées par un tissu bourgeonnant et friable de coloration marron d'inde et d'aspect malin. La pointe de l'appendice renflée est également adhérente au flanc droit du corps utérin.

On commence par libérer les adhérences intestinales, puis on fait une hystérectomie subtotale complètée par un évidement large du col. On termine l'opération en enlevant aussi largement que possible les tissus adhérents et envahis par les bourgeons, soit l'appendice, la partie latéro-cervicale droite du ligament rond du même côté, enfin et surtout une tranche de la face antérieure du rectum ; une anse grêle fortement adhérente a pu être détachée sans résection.

On péritonise ensuite les différentes surfaces dénudées, ainsi que le fond du petit bassin et on referme sans drainage.

La malade, pas plus choquée qu'après une hystérectomie banale, sort le 9 mars 1922 opératoirement guérie.



Pièce opératoire examinée face postérieure.

a) Trompe droite fendue en long présentant à sa face interne une tumeur végétante débordant en dehors.

b) Envahissement néoplasique de l'appendice par contact en dehors.

c) Greffe endo-utérine au voisinage de la corne droite.

L'examen de la pièce opératoire est extrêmement curieuse, l'ouverture de l'utérus montre l'existence d'une tumeur végétante d'aspect papillomateuse qui occupe le tiers supéro droit de la cavité utérine et masque l'ostium tubaire droit. La trompe droite est grosse, bosselée d'aspect extérieur lisse, assez pâle mais avec de nombreuses arborisations vasculaires. Le pavillon est agglutiné et présente à ce niveau des bourgeons papillaires, c'est contre ces bourgeons néoplasiques que la pointe de l'appendice était placée. L'envahissement néoplasique de l'appendice a dû se faire par contact direct. Cette trompe présente à l'union de ses tiers moyen et externe un renflement piriforme, allongé dans le sens de son axe. Cette trompe fendue en long présente à sa face interne une tumeur végétante occupant la moitié inférieure de sa circonférence, débordant en dehors sur le pavillon et présentant une limite nette en dedans. Toute la moitié interne de la trompe est en effet saine il existe donc une longueur de plusieurs centimètres de tissu sain entre la tumeur tubaire et la tumeur utérine. L'ovaire est normal, la trompe gauche enfin présente une salpingite banale, les tissus sont épaissis et infiltrés avec quelques gouttes de séro-pus au centre. Les deux orifices sont obstrués. Les autres zones envahies à distance le cul de sac vésico-utérin, le ligament rond du côté gauche paraissent être des greffes par voie péritonéale. En somme par l'examen macroscopique, il y a lieu de penser que la lésion primitive siégeait à la muqueuse de la trompe. Les proliférations néoplasiques issues de ce foyer devenues libres dans la cavité de la trompe sont tombées les unes dans le péritoine par le pavillon (greffe péritonéale à distance) d'autres sont restées au niveau des franges tubaires du pavillon, constituant cette masse adhérente à l'appendice et au rectum et fermant le pavillon.

D'autres sont descendues par la trompe dans l'utérus et ont donné lieu à une greffe endo-utérine au voisinage de la corne droite. L'examen histologique confirme la nature maligne de la tumeur. Il s'agit d'une adéno-carcinome. Toutes les localisations présentent une structure identique.

La malade sortie de l'hôpital ne donna pas de ses nouvelles pendant 5 mois, elle revient à nouveau le 7 octobre 1922. Les douleurs abdominales sont reparues au bout de quelques semaines après l'opération ; le ventre s'est légèrement balloné, la constipation est opiniâtre. Pas de pertes.

L'examen montre dans le petit bassin et la fosse iliaque droite, l'existence d'un empatement profond dont on ne peut

préciser les limites exactes, à cause du léger degré de ballonement déja signalé et de la douleur provoquée.

Etant données les lésions constatées au cours de la première intervention on pense tout naturellement à un noyau de récidive nécessitant une nouvelle opération, celle-ci n'ayant bien peu de chances d'être radicale. On prépare du radium en vue d'une application intra abdominale.

Deuxième opération le 9 octobre 1922 par le Dr Mossé.

Anesthésie au schleich.

Incision de la fosse iliaque droite. Dès que le péritoine œdémateux est ouvert il s'échappe une certaine quantité d'ascite rosée ; Un fragment d'épiploon complètement infiltré se présente à l'incision. L'intestin attiré est semé de nombreuses métastases cancéreuses. Devant cette généralisation on renonce à l'application du radium et on referme sans drainage.

La malade sort de l'hôpital le 29 octobre 1922. Aux dernières nouvelles Mai 1923 la malade est dans le même état.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si nous reprenons en détail l'étude d'un certain nombre d'observations parues jusqu'à ce jour, nous sommes amenés à des conclusions que nous allons nous efforcer de mettre en lumière.

Dans ce but, nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

A. Étude anatomo pathologique ;

B. Étude clinique.

C. Diagnostic ;

D. Traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1)

Dans la revue de chirurgie de 1901 nous trouvons une étude très détaillée de MM. Quenu et Longuet sur les néoplasmes tubaires primitifs.

Avec eux, nous décrirons trois espèces de tumeurs épithéliales de la trompe :

A. des adénomes.

B. des papillomes.

C. des épithéliomas.

A. — *Adénomes de la trompe*

Étant donné le sujet de notre étude les adénomes de la trompe, tumeurs bénignes, ne nous intéressent pas particulièrement. Les différents cas observés,

(1) Quénu et Longuet. — Revue de chirurgie 1901.

montrent que ces productions adénomateuses, ont été rencontrées chez des malades atteintes d'annexité. De même qu'il existe une variété de métrites avec productions adénomateuses exagérées, de même on trouve certaines salpingites donnant lieu à des formations pseudo glandulaires.

Donc l'inflammation, c'est-à-dire un processus infectieux dans la plupart des cas, est susceptible d'édifier des formations adénomateuses. Ce fait, bien que contestable semble démontré par la cœxistence, constante, ici des deux processus.

B. — *Papillome des trompes*

D'une manière générale, les papillomes ne constituent pas une espèce de tumeur. C'est plutôt une dénomination que nous appliquons à des productions de natures diverses, aussi bien inflammatoires que néoplasiques. Il n'y a pas de papillome au sens normal de la nomenclature admise. La morphologie papillaire résulte moins de la nature inflammatoire, que de son siège dans les couches superficielles d'une muqueuse ou de tout autre organe. C'est ainsi que des formations d'essence tout à fait différente, ont été décrites dans un même chapitre et que d'autres formations identiques ont été séparées sous prétexte qu'elles avaient un aspect différent.

Dans un cas de papillome tubaire communiqué par Doran, la trompe enlevée par laparotomie était dilatée, perméable au niveau de ses orifices, remplie d'excroissances en choux-fleurs. Les végétations étaient

recouvertes d'un épithélium cylindrique cilié en certains points, mais n'envahissait nulle part le stroma.

Un des cas signalés par Doléris semble se rapporter à un épithéliome tubaire.

Comme Bland Sutton nous dirons donc que les faits étiquetés papillomes sont ou des adénomes ou des épithéliomes typiques.

Notre cas personnel est un bel exemple d'épithélioma d'aspect papillaire, constitué histologiquement par un adéno carcinome.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Epithéliomes et carcinomes. — Anatomie pathologique macroscopique.

La plupart des trompes épithéliomateuses extirpées l'ont été comme atteintes de salpingite. L'opération finie on les a ouvertes et c'est alors seulement qu'on s'est aperçu de l'existence d'un néoplasme. Dans d'autres cas cependant la nature néoplasique s'est décelée dès l'ouverture de l'abdomen. La dégénérescence ayant dépassé les limites des parois salpingiennes avait trahi son existence sous forme de noyaux saillants au dehors ou siégeant à distance. C'est ce que nous voyons dans les cas relatés par Pillet, Danel et que nous retrouvons aussi dans l'observation du Prof. J.-L. Faure. En général on découvre une tumeur assez volumineuse ayant pour pédicule le segment interne de la trompe puis se renflant brusquement en une dilatation. Ce sont les cas de Sänger et de Eckardt.

Dans l'observation de Sencert la trompe droite siège de la tumeur a une forme à peu près cylindrique allongée de haut en bas. Dans celle d'Olivier Martin la trompe gauche atteinte était du volume de l'index. M. le Prof. J.-L. Faure a trouvé une trompe droite présentant à l'union de ses tiers moyen et externe un renflement piriforme allongé dans le sens de l'axe de la trompe.

On examine cette poche après extirpation, on l'ouvre et le contenu liquide écoulé, on se trouve en présence de lésions, qui malgré leurs diversités offrent véritablement des caractères communs remarquables, à savoir : l'aspect en choux-fleurs, l'aspect de villosités plus ou moins sessiles, plus ou moins pédiculées, mais accusant toujours une végétation active de la muqueuse. La tumeur peut-être unilatérale ou bilatérale. Parmi les localisations unilatérales, il semble que le côté droit soit plus spécialement atteint puisque sur 28 cas cités par MM. Quénu et Longuet nous relevons 19 cancers de la trompe droite. Dans notre observation personnelle les lésions siégeaient également à droite.

La tumeur tubaire occupe le petit bassin, tantôt postérieure à l'utérus et au ligament large, tantôt incluse dans le ligament large, tantôt et plus souvent latérale. Les connexions avec les parties voisines ne sont pas toujours identiques, elle est souvent libre d'adhérences, néanmoins celles-ci ne sont pas rares. Nous les relevons à la matrice dans l'observation d'Orthmann, au ligament large dans celles de Doran et de Boursier, au grand épiploon dans celle de Truffier, à la paroi abdominale dans celle de Knauer ; au douglas dans celle de Roberts, à l'intestin dans celle de Orthmann et de Friedenheim, à l'utérus et à la vessie dans celle de Sœger. Elles sont assez intimes dans l'observation de Doran pour rendre l'extirpation impossible. Ces adhérences sont les unes de nature inflammatoire, les autres résultent d'un envahissement néoplasique.

Dans l'observation que nous avons rapportée l'intestin adhère en plusieurs points à la trompe d'une part et

d'autre part à la région sous isthmique de l'utérus. La pointe de l'appendice est également adhérente au flanc droit du corps utérin. La vessie est près d'être envahie.

Dans plusieurs observations l'ascite a été signalée, mais elle n'a jamais atteint de grandes proportions, nous la retrouvons dans notre deuxième opération. Duret cependant cite un cas dans lequel des ponctions ont été rendues nécessaires par l'abondance du liquide.

Le volume varie de celui d'une amande, à celui d'une tête d'adulte, Orthmann signale un cas où la tumeur mesurait 13 cent. de long, 10 cent. de large et 6 cent. d'épaisseur. On l'a aussi comparée à une tête d'enfant, à un sein, à un poing, à un œuf de poule. La forme la plus commune est celle d'une dilatation plus ou moins cylindrique, renflée à son extrémité externe. Les observateurs la comparent à une poire, à un saucisson de Bologne, à un boudin, à un fuseau. A cette dilatation cylindrique vient s'ajouter parfois un renflement brusque dû à la coexistence d'un kyste ovarique surajouté et accolé au pavillon de la trompe.

La direction de la masse n'est pas toujours transversale. Plus ou moins infléchie, la tumeur tubaire offre parfois une sorte d'enroulement sur elle-même qui va jusqu'à torsion du pédicule.

La surface extérieure est tantôt lisse comme dans notre observation tantôt inégale. Les irrégularités tiennent à des productions inflammatoires surajoutées, à la dilatation inégale de la tumeur ou au dépôt de noyaux secondaires comme nous le voyons dans les observations de Danel et de Duret. Sa coloration a été notée bleuâtre, feuille morte, rosée, violacée. Sachons

seulement que ces variations de teintes dépendent des conditions vasculaires de la tumeur, celle-ci étant elle-même subordonnée au degré de l'inflammation et quelques fois aussi à la direction normale ou anormale du pédicule.

La consistance est inégale, variable, suivant les points de la tumeur envisagée, molle et élastique dans les parties renflées, elle devient ferme et rigide au niveau du pédicule.

Les caractères les plus intéressants, s'observent lorsqu'on a incisé la poche, car rien jusqu'ici ne fait penser à un néoplasme sauf dans les cas où l'affection s'accuse par des nodules sous-séreux. A l'ouverture de la poche s'écoule un liquide variable dont l'étude n'est pas sans intérêt. C'est tantôt une sérosité claire comme dans le cas de Danel, ou roussâtre dans celui de Boursier, tantôt un liquide sanguinolent ou même du sang pur comme dans certains hématosalpinx (cas de Tuffier) ou encore du liquide noirâtre avec masses fibrineuses.

Cette sécrétion hémorragique et la fétidité qui l'accompagne est conforme à ce que nous observons couramment dans les néoplasmes. Peut-être ces signes sont-ils de nature à nous donner un élément de diagnostic clinique. On n'a remarqué que très rarement un contenu franchement purulent. Le liquide évacué, apparaissent appliqués contre la muqueuse des productions épithéliales caractéristiques avec leur aspect végétant ou mamelonné.

L'apparence papillaire est pour ainsi dire de règle ; dans l'épithélioma tubaire, ces végétations prennent

une importance et une évolution caractéristique. Elles remplissent parfois toute la cavité, elles effacent complètement la lumière de l'oviducte. Elles ont été le plus souvent comparées à des choux-fleurs. Elles sont d'une coloration variable, rouge sombre ou grisâtre, ou jaunâtre, suivant leur degré de vascularisation, ou de dégénérescence. Elles sont molles et friables d'ordinaire au point de se détacher par parcelles qui nagent dans le liquide intérieur.

Dans notre cas nous avons trouvé une tumeur végétante débordant en dehors sur le pavillon et très nettement limitée en dedans. Toute la moitié interne de la trompe était donc saine, c'est là une particularité intéressante qui nous prouve bien que dans cette observation le cancer de la trompe était primitif et nettement séparé de la tumeur utérine.

L'aspect papillaire n'est pas toujours évident, car il est parfois masqué par une infiltration fibrineuse de cause hémorragique. On peut aussi se trouver en présence d'un tissu très mou encéphaloïde infiltré de sang par endroit.

L'implantation de ces masses bourgeonnantes se fait sur la muqueuse toujours à une certaine distance de l'isthme dans cette partie de la trompe qui répond à l'ampoule de Henlé. L'insertion au niveau du pavillon est plus rare.

Les végétations sont tantôt disséminées sur une certaine surface tantôt rassemblées et rattachées par une sorte de pédicule à la muqueuse. C'est le cas dans l'observation de Tuffier : « On croirait d'abord au contenu d'un kyste coagulé sous l'influence de l'alcool. Mais en

faisant le tour de cette masse, on arrive sur un pédicule un peu plus résistant qui s'incère sur la paroi postéro inférieure de la trompe ; le pédicule irrégulièrement arrondi ne mesure guère qu'un centimètre de diamètre. »

Que deviennent les deux orifices de la trompe, l'ostium utérinum et l'ostium abdominale ?

Il semble bien que la fermeture de l'ostium péritonéale soit fréquente, elle est signalée dans les observations de Alban Doran de Boursier et de Quénu et Longuet.

L'ostium utérin est souvent mentionné perméable mais il peut être aussi complètement obturé comme dans l'observation de Micknoff. Dans le cas opéré par le Prof. J.-L. Faure les deux orifices de la trompe étaient obstrués.

L'ovaire est très souvent altéré dans certains cas on ne l'a pas retrouvé, dans d'autres il était très atrophié, dans les observations de Pillet et Duret, il est envahi par la néoplasie, dans d'autres il est kystique ou scléro-kystique.

L'utérus ordinairement sain, est parfois envahi par la néoplasie. Il peut l'être de deux façons. Tantôt c'est la face externe qui est intéressée. Ainsi, dans le cas de Danel, l'opérateur aperçut au niveau de la corne utérine gauche plusieurs petits noyaux, dont l'aspect ne pouvait laisser de doute sur la nature néoplasique de la masse tubaire, et sur le degré de propagation qu'elle présentait déjà. Toutefois, c'est la muqueuse utérine qui est le siège d'une inoculation secondaire. Il s'y forme une véritable greffe en aval du dépôt primitif, c'est ce que nous observons dans le cas de la malade

opérée par le Prof. J.-L. Faure, où une tumeur végétante occupe tout le tiers supéro droit de la cavité utérine à l'entrée même de l'orifice tubaire droit. Dans un cas de Novy une production polypeuse de la muqueuse utérine fut reconnue cancéreuse à l'examen microscopique. On porta le diagnostic de cancer primitif du corps de l'utérus, et c'est seulement après la laparotomie qu'il fut reconnu que le polype enlevé était en réalité secondaire à un épithélium primitif de la trompe.

Comme lésion à distance, nous devons signaler des lésions de péritonite adhésive, l'existence de noyaux de dissémination dans le foie et les ganglions pelviens, dans le grand épiploon, sur le cœcum, sous le péritoine pelvien et dans la base du ligament large.

Caractères histologiques. — La dégénérescence épithéliale de la trompe réduite à sa plus simple expression, est le cas où la simplicité même de la structure a fait croire à une tumeur bénigne, alors que l'évolution ultérieure a démontré certaine la nature épithéliomateuse. C'est le cas de l'observation de Kattenback : la tumeur étant formée de papilles rien ne rappelait la structure d'un carcinome. On porta le diagnostic de papillome bénin. Et cependant l'évolution clinique prouva qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

A un degré de plus les tubes épithéliaux ne se sont pas seulement multipliés à la surface, ils envoient des prolongements dans l'épaisseur de la sous muqueuse et dans la tunique musculaire. Ils bouleversent ces différentes couches de tissus et vont même jusqu'à la séreuse qu'ils perforent.

L'épithélium plus ou moins cylindrique, est unistra-

tifié par places mais en général multistratifié. Il est disposé dans la profondeur en tubes épithéliaux droits ou ondulés, largement anastomosés.

Au dernier stade, de la malignité enfin nous aboutissons aux productions épithéliales diffuses, infiltrées nettement alvéolaires. Tantôt, elles gardent un certain aspect tubulé rappelant leur origine, tantôt les cordons épithéliaux sont pleins et répondent à la description de certains épithéliomes atypiques.

Dans notre étude histologique des tumeurs de la trompe, nous réunirons ces différents stades de la dégénérescence épithéliale en deux groupes principaux : celui où nous retrouvons un épithélium cylindrique typique et celui où les tissus complètement bouleversés nous montre un épithélium métatypique et atypique (1).

A. — *Epithélioma cylindrique typique* :

Nous classons dans cette variété les cas de Koltenback, de Pillet et de Boursier. Dans l'observation de Koltenback nous lisons :

« La tumeur était formée de papilles tapissées d'une seule couche de cellules épithéliales cubiques dont quelques unes avaient conservé leurs cils vibratiles. La régularité de ces cellules avait même fait penser à tort à un papillome bénin. »

Dans l'observation de Pillet la masse se composait de franges ramifiées à l'infini et s'enfonçant jusque dans la couche musculaire. « Comme particularité les cellules cylindriques avaient subi par places la dégénérescence colloïde. »

---

(1) Quénu et Longuet. — Revue de chirurgie 1901.

Dans l'observation de Boursier « les végétations arborescentes sont tapissées par des éléments cellulaires petits et disposés en plusieurs couches superposées. Leur forme est irrégulièrement cylindrique ou cubique dans la couche la plus profonde, elle devient très irrégulière, polygonale, allongée en raquette dans les couches les plus superficielles. Ces cellules épithéliales sont formées d'un noyau relativement volumineux, arrondi ou ovalaire, fortement coloré situé dans une masse protoplasmique, très peu abondante. Leur contour parfois assez distinct, est ailleurs très difficile ou impossible à saisir. »

B. — *Epithélioma métatypique et atypique* :

Dans la grande majorité des cas, l'épithélium a perdu son type, soit en totalité soit le plus souvent par places ; nous trouvons cette forme histologique, dans la thèse de Danel au sujet de laquelle Augier écrit :

« En examinant les coupes portant sur les parties d'apparence saine on constate que très brusquement la muqueuse tubaire se hérisse d'énormes saillies papillaires formées par des masses épithéliales, soutenues par une mince charpente conjonctive vasculaire. L'épithélium proliféré qui revêt la surface des papilles est très irrégulier et forme des assises superposées très nombreuses. Par places, au sein de ces amas épithéliaux, les cellules se disposent de façon à circonscrire des espaces arrondis, assez réguliers, analogues à des tubes glandulaires. Dans d'autres points, on trouve au sein de ces amas de revêtement, d'énormes cellules qui ont subi une transformation colloïde. Parfois plusieurs

cellules irrégulièrement polyédriques se disposent en amas nodulaires en refoulant les éléments voisins. Au niveau de ces amas nodulaires la disposition qui rappelle l'épithélium de revêtement a tout à fait disparu. On trouve au contraire, la disposition qui est observée dans les carcinomes les plus malins. Même dans les points où la muqueuse de la trompe paraît normale à l'œil nu, le revêtement épithélial a néanmoins des caractères anormaux. Les éléments qui le composent forment bien un revêtement plein, mais ils sont irrégulièrement juxtaposés et de forme variable. De plus, aucun d'eux ne paraît posséder des cils vibratils. »

Ainsi, dans une même pièce, nous retrouvons côte à côte un épithélium typique et un épithélium atypique, il en était de même dans les observations de Tuffier et Delbet où les bourgeons épithéliaux s'infiltraient à travers la tunique musculaire jusque sous la séreuse.

La pièce de Routier examinée par Cornil nous donne un aspect pseudo glandulaire ou cylindrique qui est encore moins apparent. « De petites trabécules conjonctives limitent de larges aréoles. Celles-ci sont remplies par de volumineuses masses épithéliales. L'examen d'un de ces boyaux épithéliaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la trame conjonctive, elles sont d'aspect cylindrique puis prennent l'aspect d'épithéliums pavimenteux. Le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi. Enfin, on trouve un grand nombre d'éléments en karyokynèse. »

Il est exceptionnel toutefois, que même dans la forme la plus diffuse, on ne retrouve pas quelque petit coin

de tumeur, où la disposition tubulée rappelle l'origine première du carcinome. Exemple : une des observations de Quénu et Longuet où nous lisons ceci : « Le tissu épithélial forme des masses irrégulières affectant la disposition de bourgeons pleins, mais souvent aussi le tissu épithélial prend la disposition tubulaire et montre une certaine tendance à former des franges anastomosées les unes avec les autres. Les franges ressemblent plus ou moins à celles de l'épithélium normal. »

De ces deux faits nous rapprocherons celui de Boursier où il est dit : « Les cellules épithéliales sont toujours disposées en plusieurs couches, quatre, huit, dix ou plus. Souvent les arborisations voisines se mettent en contact les unes avec les autres, s'intriquant de différentes façons en s'anastomosant même de façon à former des nappes plus ou moins étendues de tissu épithélial. Celles-ci présentent souvent des cavités très nombreuses variables de dimension et de forme, qui leur donne un aspect fenêtré tout spécial.

En résumé, la plupart des épithéliomes de la trompe sont des épithéliomes méta-typiques, composés d'épithélium cylindrique typique et d'épithélium alvéolaire. C'est ce qu'exprime bien Eckardt dans cette phrase : « Les lésions varient entre celles de l'adénome et celles du carcinome. Dans les parties adénomateuses, le stratum épithélial est à une seule couche ; ailleurs il est à plusieurs couches, ailleurs encore l'aspect n'est plus celui du papillome mais celui d'une disposition alvéolaire renfermant des amas cellulaires compacts séparés par de fines travées conjonctives. » C'est dans ce dernier cadre, que rentre notre observation.

Il faut ajouter que les formations épithéliales ont la plus grande tendance à végéter, on ne saurait trop le répéter, les épithéliomes de la trompe sont essentiellement cylindriques, végétants ou arborescents.

Le stroma conjonctif est d'ordinaire peu abondant, il est cependant notablement épaissi dans le cas de Tuffier. L'infiltration leucocytaire manque quelques fois dans d'autres cas, elle est telle qu'elle donnait l'aspect d'un sarcome. Enfin il peut y avoir infiltration de globules rouges plus ou moins altérés.

Les lésions de la trompe autour et à distance du néoplasme portent sur les différentes tuniques du conduit. La muqueuse peut-être déjà infiltrée d'éléments cancéreux alors qu'elle paraît encore saine à l'œil nu. C'est ce que nous observons dans le cas de Danel. Nous pouvons trouver des lésions de salpingite ou même un pyosalpinx, mais ce n'est pas constant, puisque la salpingite manque complètement dans l'observation de Boursier.

La musculeuse est assez souvent envahie par la néoplasie, dans certains cas, cette tunique avait complètement disparu au niveau de l'implantation du néoplasme. Quand les boyaux épithéliaux ne s'infiltrent pas jusque là, la musculeuse s'atrophie parfois. La séreuse elle-même finit par être prise ou même perforée par la néoplasie et cette térébration se traduit par de petites nodosités visibles à l'extérieur. Les altérations de l'ovaire sont fréquentes, il peut être envahi par le néoplasme. Pillet a trouvé dans un cas, que l'ovaire était envahi par contact, des placards péritonéaux présentant la même structure qu'au niveau

de la trompe, recouvraient l'ovaire. La couche corticale n'était pas envahie le centre était sain, ce qui fit penser à l'auteur que l'épithélioma parti de la muqueuse de la portion externe de la trompe s'était propagé par greffe aux organes voisins. Un stade plus avancé, ovaire et trompe se fusionnent et il est impossible de préciser ce qui revient à chacun. C'est pour ces cancers tubo ovariens, qu'il est très difficile de savoir si le néoplasme de la trompe est primitif ou consécutif à une dégénérescence première de l'ovaire.

Le plus souvent, les tumeurs végétantes de l'ovaire s'accompagnent de parties kystiques assez importantes, pour être constatées même à l'œil nu. Nous invoquerons encore cet argument c'est qu'en règle générale, une ascite abondante accompagne les tumeurs végétantes de l'ovaire.

D'autre part, les cellules dans les cancers ovariques gardent des caractères qui rappellent les cellules d'origine.

Les lésions utérines n'offrent d'intérêt que dans la possibilité de la genèse d'un noyau secondaire. L'observation de Novy est à cet égard particulièrement intéressante, elle nous montre en effet une petite production polypeuse, mollasse, qui fut extraite par le curettage. Au microscope ce polype fut reconnu de nature inflammatoire par places, mais adéno-carcinomateux ailleurs. On en déduisit logiquement qu'on se trouvait en présence d'un cancer du corps utérin. A l'intervention on trouva le foyer primitif dans la trompe. Dans le cas du Prof. J.-L. Faure, nous voyons que les proliférations néoplasiques issues du foyer tubaire sont tombées dans l'utérus.

et ont donné lieu à une greffe endo-utérine au voisinage de la corne droite. Cette inoculation secondaire ne doit point surprendre puisque l'épithélium tubaire n'est autre que celui de l'utérus prolongé. Il s'ensuit que les cellules cancéreuses y trouvent le même terrain de culture et la greffe se fait suivant le sens de la circulation du contenu, c'est à dire en aval de la tumeur primitive.

CLINIQUE

Toutes les observations que nous avons pu lire sur le cancer de la trompe nous enseignent que le début de cette affection est insidieux. Il remonte à une date que l'on ne peut préciser quand apparaît le premier symptôme remarqué par la malade (1).

A la période d'état le symptome le plus constant est la douleur ; elle offre dans son intensité tous les degrés depuis la simple pesanteur pelvienne, jusqu'aux coliques salpingiennes les plus vives, elle se présente souvent sous forme de crises salpingiennes intermittentes. La malade est prise brusquement de douleurs très vives, la tumeur augmente de volume, le ventre se ballonne, puis brusquement il se produit une décharge profuse de liquide aqueux ou sanieux, en même temps qu'une diminution de volume de la tumeur. C'est un syndrome commun à toutes les rétentions tubaires qu'on observe également dans la salpingite.

La leucorrhée est habituelle, elle peut revêtir le type d'un écoulement séro-purulent, roussâtre et plus ou moins fétide qui ressemble à celui du carcinome utérin. Les hémorragies utérines sont moins fréquentes. Quénu et Longuet en ont relevé 12 fois sur 38 cas. Les altérations de l'état général ne tardent pas à paraître et

(1) I. Forgue et Massabuau.

la malade présente bientôt un véritable état cachectique.

Chez une femme au voisinage de la ménopause, l'existence d'une masse annexielle douloureuse flanquant l'utérus, accompagnée d'écoulement séro-purulent, mal odorant doit faire penser à l'épithélioma de la trompe. L'existence des crises salpingiennes intermittentes est un symptôme de valeur ; enfin l'étude cytologique de l'écoulement quand elle est possible peut donner de très utiles renseignements. »

FORMES CLINIQUES

Les deux formes cliniques sous lesquelles se présente le plus communément cette affection sont : La forme simulant la salpingite et la forme simulant le cancer du corps de l'utérus.

Nous trouvons dans le cas rapporté par Guillemin un exemple où le diagnostic de salpingite a été porté.

« Femme de 54 ans, réglée à 15 ans, règles abondantes, un peu longues (8 jours) et douloureuses. Mariée à 22 ans, la malade fit deux fausses couches de deux mois, puis eut trois accouchements à terme, un accouchement provoqué pour placenta prœvia et enfin trois fausses couches de trois et quatre mois.

A partir de 1916, les règles s'espacent, n'apparaissent que tous les 2 ou 3 mois, mais durent dix à quinze jours et cessent complètement depuis novembre 1921.

Dans ces dernières années, la malade a eu des pertes blanc jaunâtre, qui, depuis 2 mois environ sont devenues fétides. Elle accuse également des douleurs lombaires et des douleurs dans le bassin avec irradiations dans les cuisses.

Glycosurie marquée.

Le toucher fait percevoir un col utérin volumineux avec un col déjeté à gauche. Le cul de sac droit est élargi et très résistant. On y perçoit une masse dure, rénitente, du volume

d'une petite mandarine et assez régulière. A gauche, la trompe est perceptible un peu douloureuse.

On diagnostique un pyosalpinx droit.

La malade suivait un traitement pour son diabète quand elle se plaint de douleurs vives dans le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque droite, sans élévation thermique. Brusquement dans le courant de la nuit, elle ressent une douleur très violente. Au matin la fosse iliaque droite est douloureuse, il y a de la défense, le ventre est ballonné. On décide d'intervenir.

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale médiane sous anesthésie au mélange de Schleich. Le péritoine est un peu congestionné. La trompe droite est distendue, piriforme, à grosse extrémité reposant sur l'extrémité du cœcum. Autour de cette extrémité, on note qu'il existe un peu de pus et des exsudats fibrineux assez importants. On soulève cette trompe qui n'est nullement adhérente et on peut appliquer des clamps sur le pédicule ligamentaire et sur l'isthme ; la trompe est enlevée avec deux petites masses ganglionnaires. La trompe gauche a quelques adhérences avec le côlon, elle est un peu dure.

Hystérectomie totale avec drainage abdominal et vaginal.

L'étude anatomo-histo-pathologique a révélé ce qui suit :

La trompe, dans sa partie extra-utérine mesure en longueur 12 centimètres ; sa forme générale, lisse sans ondulation, rappelle celle d'une masse piriforme, coudée presque à angle droit, à environ 2 centimètres de l'utérus ; son diamètre va en augmentant à peu près régulièrement de l'insertion utérine où il mesure 1 cent. jusqu'au pavillon où il a 5 cent. La couleur générale de la trompe est rose vif avec réseau vasculaire très apparent.

La région du pavillon est très altérée ; le pavillon à proprement parler, avec ses franges, n'existe plus et se trouve remplacé par une large cicatrice oblitérante blanc nacrée où l'on aperçoit plus aucun pertuis ; cette région présente quelques fines adhérences péritonéales accolées sur la paroi, et est de forme irrégulièrement globuleuse avec sur sa face supérieure une sorte de hernie mamelonnée menaçant rupture.

Le ligament large est un peu épaissi, l'ovaire très petit, dur scléreux n'est pas malade autrement, il n'est pas mobile et se trouve pris dans le coude de la trompe, intimement adhérent à elle par son extrémité interne, et par le ligament de l'ovaire épaissi et irrégulier. L'hydatide de Morgagni existe

normale, grosse comme une fève, remplie d'un liquide transparent et rattachée au pavillon par un très fin et long pédicule. »

B. — Dans l'observation d'Olivier et Martin c'est le diagnostic de cancer du corps qui a été porté.

« Mme G. 55 ans, a toujours eu une bonne santé. Réglée à 14 ans, elle s'est mariée à 24 ans et a eu 6 enfants. Pas de fausses couches, et à aucun moment de sa vie, elle n'a souffert au niveau des annexes.

L'interrogatoire ne révèle aucun passé salpingien et l'intervention montre l'intégrité de tout l'appareil génital en dehors de la trompe néoplasique. Ménopause à 51 ans, à 55 ans les pertes réapparaissent, continues, parfois franchement sanglanets quelques fois à peine roussâtres. L'utérus est de volume légèrement hypertrophique.

Il semble volumineux dans la région du fond et en rétroflexion légère. Mobilité parfaite.

Le diagnostic porté fut : néoplasme de la cavité utérine, l'opération est décidée.

Intervention en mars 1921.

Hystérectomie totale. Les suites furent simples et cette malade est toujours en excellente santé.

Voici quelles étaient leurs lésions e leur topographie :

Utérus petit en position normale la trompe gauche est grosse du volume de l'index, couchée sur le fond et la face postérieure de la matrice. C'est elle qui en imposait pour un fond utérin un peu gros et un organe en rétro-flexion. Cette trompe est très adhérente à l'utérus. Par son ouverture adbominale, sortent les bourgeons œdémateux rosés, très mous, aucune autre lésion. C'était donc une trompe malade en position anormale, saignant par l'ostium utérin et en imposant pour un utérus atteint de néoplasme du corps. L'histoire et le toucher s'unissaient pour confirmer ce diagnostic. »

(M. Martin, voulut bien examiner cette trompe et le résultat fut qu'on avait affaire à un cancer).

Il en a été de même dans l'observation du Prof. J.-L. Faure, mais ici il y avait la greffe utérine dont les symptômes propres imposaient le diagnostic. Nous avons vu que même en l'absence d'une telle greffe les symptômes (pertes sanglantes ou sales et douleurs)

étaient bien ceux des cancers du corps habituels. Cette erreur n'a d'ailleurs qu'une importance théorique puisqu'en pratique, cancer du corps et cancer tubaire sont justiciables de la même thérapeutique chirurgicale.

EVOLUTION

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Au point de vue clinique les tumeurs épithéliales de la trompe ont une évolution relativement lente. Si dans quelques cas, les malades ont réclamé le secours de la chirurgie un mois, six semaines, trois, quatre mois, après le début des symptômes, dans bien des cas la douleur et les pertes duraient depuis plusieurs mois. voire plusieurs années quand l'indication opératoire fut posée.

Le début de la maladie remontait dans notre cas à juillet 1921 environ, malgré la récidive, la malade est encore vivante en Mai 1923.

Le pronostic est donc pratiquement subordonné à l'opérabilité. Les guérisons opératoires ne sont pas rares La durée moyenne de la maladie non opérée est d'environ 2 années.

Ainsi que le prouvent toutes les observations parues jusqu'à ce jour, le diagnostic de cancer primitif de la trompe est extrêmement difficile. Les 2 symptômes principaux qui caractérisent cette affection sont les douleurs et les pertes séro-sanguinolentes. La douleur est le symptôme dominant dans les 2/3 des cas, elle peut être sourde et continue, ou aigue et intermittente Cette douleur est généralement due à la distension de la trompe par les produits de sécrétion de la tumeur

quand l'ostium utérinum vient à être momentanément ou définitivement obstrué. Dans les observations parues, nous constatons qu'il y a un balancement très net entre l'apparition des douleurs aigues et l'apparition des pertes séro-sanguinolentes.

Ces pertes constituent le second grand symptôme qui permet de diagnostiquer les tumeurs épithéliales de la trompe. Elle surviennent d'une façon continue ou intermittente dans la presque totalité des cas.

Tantôt, il s'agit de pertes sanguines peu abondantes et continues, tantôt de pertes séreuses à peine teintées de sang, tantôt de pertes sanieuses et fétides. Dans certains cas ces pertes ne surviennent que par intervalles plus ou moins éloignés, sous forme de véritables décharges coïncidant avec la cessation des douleurs.

A ces deux grands symptômes s'ajoutent peu à peu les symptômes généraux qui accompagnent l'évolution des néoplasmes abdominaux et pelviens. Les symptômes physiques sont par contre assez peu marqués. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on peut percevoir par le palper bimanuel une tumeur le plus souvent pelvienne, rarement abdomino pelvienne. La tumeur tubaire est parfois masquée par l'existence concomittente d'un fibrome utérin ou d'un kyste ovarique. Un symptôme exceptionnel qui n'a été noté que dans 2 cas est : l'ascite, due vraisemblablement à la propagation au péritoine par l'ostium abdominal demeuré perméable de la néoplasie épithéliale tubaire.

Donc, c'est surtout par l'analyse minutieuse des symptômes fonctionnels, qu'on fera le diagnostic de tumeur primitive de la trompe. Jusqu'à ce jour ce

n'est guère qu'au cours d'une opération entreprise pour une soi-disant annexite ou même après sous le microscope que le diagnostic a été porté. Qu'on pense à l'existence de ces tumeurs, qu'on donne aux douleurs et au flux leucorrheique intermittant la valeur sémeiologique que les observations connues semblent leur attribuer et on pourra à notre avis diagnostiquer ces rares et intéressantes tumeurs.

Un tel diagnostic n'est pas sans importance au sujet de la conduite que devra apporter le chirurgien. Ces malades se présentent généralement avec des symptômes traduisant une période aigue de la maladie. Il faut intervenir d'urgence, en effet toute tentative qui aurait pour but de refroidir le mal, ne pourrait qu'en favoriser l'extention. L'étude des observations publiées montre également que le traitement de choix de cette affection est la castration totale, dont les résultats immédiats et éloignés se sont montrés bien supérieurs à ceux de la salpingectomie uni-latérale ou bi-latérale. Les résultats éloignés plaident aussi en faveur de la castration totale et on connaît des cas de guérison datant de 14 mois. — 3 ans. — 8 ans. La voie abdominale semble préférable à cause des adhérences ou des propagations.

Bien que la majorité très grande des chirurgiens pense que le meilleur traitement des affections de cette nature soit l'hystérectomie totale, il en est qui malgré tout font appel au radium.

Dans le cancer primitif de la trompe, le résultat serait négatif de par la grande distance qui forcément séparerait les tubes de la lésion. Le radium d'autre part est de peu d'action sur les néoplasmes cylindriques

comme ceux qui nous occupent. Au surplus, l'erreur de diagnostic possible est un argument de plus contre l'emploi du radium ; celui-ci risquant d'exciter à distance la néoplasie tubaire.

Nous croyons qu'en matière de tumeur il est bon d'obéir à une loi générale : c'est d'enlever chirurgicalement tout ce qui est susceptible d'être extirpé et ne confier au radium que les cas non favorables. De plus, nous pensons qu'il est bon de ne traiter par le radium que les lésions bien vues, bien définies pouvant être soumises aux raditions dans de bonnes conditions et non à l'aveugle.

CONCLUSIONS

1. — Les épithéliomas primitifs de la trompe sont extrêmement rares. Notre cas est le 118e publié.

2. — Les cas observés jusqu'à ce jour, se sont toujours rencontrés chez des malades agées de 40 à 50 ans, c'est-à-dire arrivées à la ménopause contrairement aux autres cancers génitaux dont la limite d'âge s'abaisse de plus en plus.

3. — Les deux principaux symptômes sont : les douleurs se présentant sous forme de crises salpingiennes intermittentes et les pertes séro-purulentes roussâtres, plus ou moins fétides ou franchement sanglantes.

4e. — Aussi est-ce toujours avec une salpingo ovarite ou avec un cancer du corps qu'on les confond. Dans le premier cas, l'attention est attirées par une masse annexielle parfois très volumineuse, et douloureuse à la palpation. La malade ne présente pas de pertes, c'est la forme simulant la salpingite.

Dans le second cas, nous ne trouvons à l'examen, aucune tumeur annexielle. La malade présente des pertes séro-sanguinolentes et fétides. C'est la forme simulant le cancer du corps utérin.

5. — L'intervention chirurgicale est le seul mode de traitement rationnel, elle sera aussi précoce que possible. L'hystérectomie s'impose ; la salpingectomie donnant trop de récidives.

L'hystérectomie semble être l'opération de choix.

Vu : *Le Doyen :* ROGER.

Vu : *Le Président,* JEAN-LOUIS FAURE.

Ve et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

15 Dum-Fav. Paris University
1924. Thèse.

64075

NAME | DATE DUE